



HELSEBEREDSKAPSPLAN

for

Snillfjord kommune

Ajourført april 2005

Av rådmann, funksjonsområdene: helse og sosial, teknisk, næring og miljø

INNHOOLD

1 innledning	2
1.1 RULLERING AV PLANEN	2
1.2 ansvar for ajourføring, oppdatering og øvelser	3
1.3 FORDELINGSLISTE	3
2. organisering av redningstjenesten	4
3. økonomi	4
4. lokale ressurser	5
4.1 ambulanser - redningstjeneste	5
4.2 LEGER	5
4.3 pleie- og omsorgstjenesten	6
4.4 KRISETEAM:	7
4.5 MEDLEMMER	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.6 UTSTYR	9
4.7 FØRSTEHJELPSUTSTYR	10
5 andre ressurser	11
5.1 St Olavs Hospital Trondheim	11
5.2 RØDE KORS	11
5.3 SIVILFORSVAR	11
5.4 INDUSTRIVERN	11
6. melding og varsling	12
6.1 melding om ulykke/katastrofe	12
6.2 varsling av personell/ressurser	13
6.3 UTRYKNING TIL SKADESTEDET	13
6.4 sanitets/helsetjeneste på skadestedet	14
8 vedlegg	15
8.1 telefonliste – amk – ambulanser	15
8.2 telefonliste – politi – sykehus - andre	16
8.3 INNKALLINGSLISTE - LEGER	17
8.4 innkallingsliste - kriseteam	18
8.5 innkallingsliste – sykepleiere	19
9 andre vedlegg	21
9.1 sivilforsvaret, fredsinnsettingsgruppe	21
9.3 organisering av sanitets- og helsetjeneste på skadested	21

BESKRIVENDE DEL

1 INNLEDNING

Helseberedskapsplanen har status som delplan til beredskapsplan for Snillfjord. I tillegg til delplan helseberedskap er det for akuttberedskapen i Snillfjord utarbeidd delplan for smittevern (2004) og for drikkevannsforsyning (medio 2004). I forbindelse med arbeidet med beredskapsplan for hele kommunen, er det laget en foreløpig risiko- og sårbarhetsanalyse, som også helseberedskapsplanen bygger på. Risiko- og sårbarhetsanalysen vil bli gjennomgått i beredskapsplanen og gjentaes ikke her.

Helseberedskapsplanen for Snillfjord kommune skal gi en veiledning for hvordan vi skal håndtere situasjoner som krever innsats av helsepersonell utover det ordinære vaktberedskap kan ta seg av. Planen skal gi en

- Oversikt over ulike instansers rolle i en akutsituasjon.
- Oversikt over organisering, ansvarsfordeling og oppgaver for de enkelte deler av kommunehelsetjenesten
- Oversikt over personell og sambandsutstyr og materielle ressurser i kommunehelsetjenesten
- Oversikt over ressurser i samarbeidende instanser, så som politi, brannvesen, sivilforsvar, Røde kors og St Olavs Hospital og Helse Midt Norge

Deler av planen kan være nyttig for å gi hjelp til en bedre håndtering av ulykker av mindre omfang, der en med fordel kan trekke inn flere personer enn det som normalt er satt opp i vaktjeneste. Planen er bygget opp med

- en beskrivende del,
- en handlingsdel
- Vedlegg som er bokstavert og med egne farger for de ulike vedlegg som framgår av innholdsfortegnelse:
 - aktuelle telefonnummer og innkallingslister for personell, materiell-lister,
 - arbeid på skadested,

1.1 RULLERING AV PLANEN

- Planen oppdateres ved endringer i organisering eller forutsetninger, kommunelege I er ansvarlig for dette.
 - Lister over personell ("gule sider") gjennomgås i september hvert år. I september hvert år skal det innkalles til møte representanter for kontorer/avdelinger som er berørt av planen for å vurdere behov for oppdateringer, ajourføringer og annet. Ansvarlig for dette er kommunelege I
- Eventuelle rettinger av feil og forslag til endringer sendes til: Kommunelege I, 7257 Snillfjord .

1.2 ANSVAR FOR AJOURFØRING, OPPDATERING OG ØVELSER

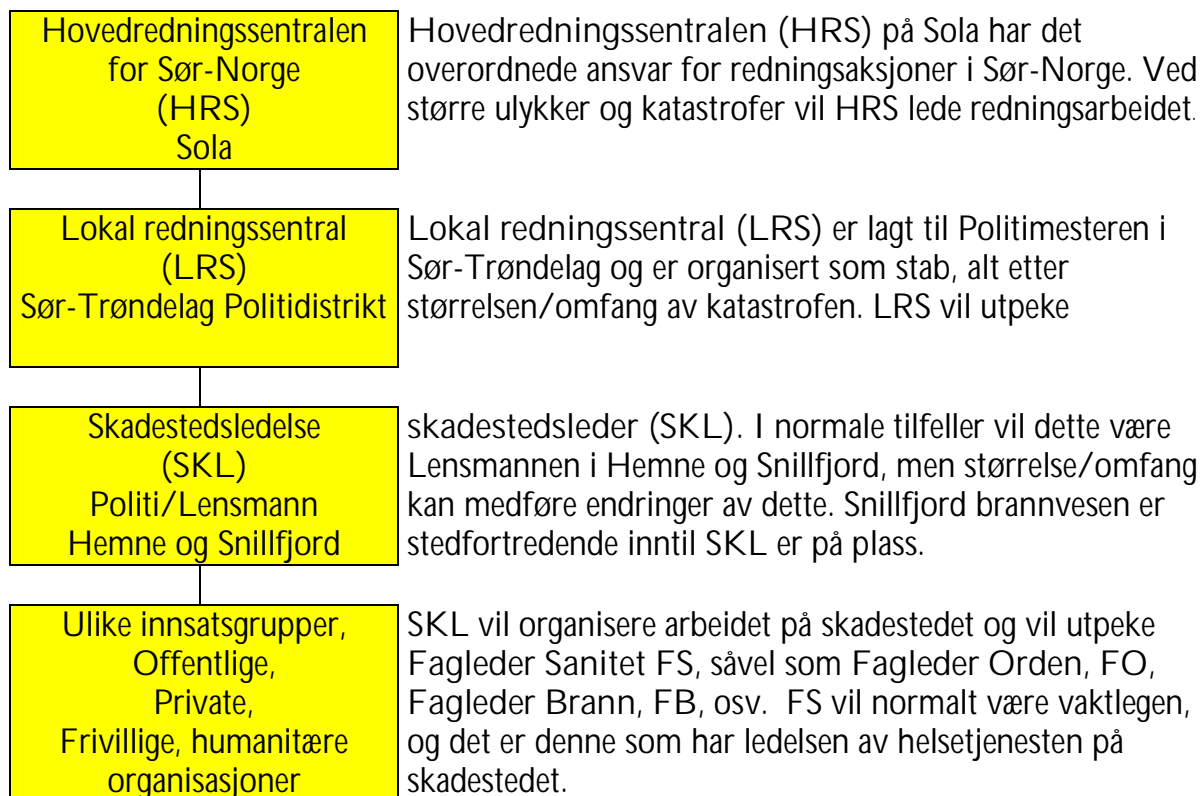
- Hvert enkelt kontor/avdeling har ansvaret for å holde seg faglig ajour og holde utstyr i orden og oppdatert, samt for å gjennomføre øvelser, slik en helseberedskapssituasjon etter denne planen vil kreve av dem.
- Kommunelege 1 har et tilsynsansvar overfor de kontorene i kommunen som berøres av kommunehelseloven.
- Det administrative ansvaret for dette ligger i den administrative linjen, slik denne er organisert.
- For å samordne kontorenes roller mot hverandre, er det viktig med øvelser. Det gjennomføres vanligvis kommuneøvelse hvert 2 år, etter initiativ fra fylkesmannen. I tillegg administrerer brannsjefen, i samarbeid med politiet øvelse i kommunen hvert år.

1.3 FORDELINGSLISTE

Planen med oppdateringer skal fordeles etter følgende liste:

Snillfjord kommune	Andre
Ordføreren Rådmann /P/Ø 3 ex.	AMK Trondheim Ambulansetjensten i Hemne,Hitra/Orkdal Helsetilsynet i Sør-Trøndelag
Resultatenheter: - SOS (Pleie og omsorg) 3 eks - Helse og sosial, (Sosial/Psykiatri/H.stasjon) 3 eks - Teknisk, (Teknisk/Næring/Miljø) 3 eks	Hovedredningsentralen i Sør Norge Politimesteren i Sør trøndelag Lensmannen i Hemne og Snillfjord Sør Trøndelag Sivilforsvarskrets
Stabs- og støttefunksjoner, (felles forv)3 eks Kommunelege I Kriseteam Servicekontoret (Rådhuset)	
Leger - Snillfjord legekantor	
PPT-kontoret,	
Presten i Snillfjord	

2. ORGANISERING AV REDNINGSTJENESTEN



Organisering av helsetjenestens arbeid på et skadested er beskrevet i eget vedlegg, rødt.

3. ØKONOMI

Redningsoppdrag godkjent som redningsoppdrag hvor HRS har ledelsen, dekkes av det offentlige ved refusjonsordninger attestert av lensmannen. Offentlige ansatte får dekket sin lønn av arbeidsgiver. Frivillige organisasjoner får dekket sine utgifter etter egne satser.

Redningsoppdrag som ikke er godkjent av HRS som redningsoppdrag, må dekkes etter ordinære regler. Egne styrker (lege, politi, prest eller andre) må selv dekke sine kostnader, både for personell og materiell.

En katastrofe hvor kommuneberedskapsplanen trer i kraft og hvor underliggende beredskapsplaner må brukes, dekkes av kommunen med refusjon fra fylkesmannen.

Hvilken type aksjon/oppdrag det arbeides under skal være avklart før innsattpersonell benyttes. Denne avklaringen skjer hos SKL (skadestedsleder) eventuelt AMK.

4. LOKALE RESSURSER

4.1 AMBULANSER - REDNINGSTJENESTE

Ambulanser

Ambulansetjenesten på Hitra/Frøya . Orkanger og Hemne har flere ambulanserbiler med full utrustning og reserveutstyr.

- Noen biler er kontinuerlig bemannet med to personer på stasjonsvakt.
- Øvrige er bemannet med 2 personer på stasjonsvakt kl 08-15 og hjemmevakt kl 15.00 - 08 og i helger.

Ved oppdrag utover dette, vil AMK koordinere ambulansetjeneste fra nabokommuner.

Brannvakt

Brannvesenet i Snillfjord kommune har ansvaret for brann - og redningsoppdrag. Det vil være brannvesenets oppgave, i samarbeid med politiet å vurdere fare med å gå inn på et skadested. (brann, eksplosjon, gassutslipp etc) og sikre skadestedet før helsepersonell begynner sitt arbeid. Innen de større bedriftene er det industrivern/ledelse som vil ha hovedansvaret for redningsarbeidet.

Personellet i brannvesenet er opplært i brann og redningsoppdrag. De fleste har også kunnskap om førstehjelp. Brannvesenet har eget varslingsystem koblet opp mot AMK og brannvakt i nabokommunene.

Dykkere

I Snillfjord er det ikke organisert og sertifisert personell til å utføre dykkeroppdrag. Det fins en dykkere i nabokommunene i tillegg til private dykkerklubber.

4.2 LEGER

Snillfjord kommune har normalt en kommune lege + turnuskandidat. Legekontoret holder til på rådhuset Krokstadøra i eget lokale.

Legevakt samarbeidet utføres sammen med legetjenesten i Hemne. Denne tjenesten koordineres via OSS, St olafs Hospital. Ved behov for ytterligere legehjelp, må en vakthavende lege i samråd med AMK, Trondheim vurdere omfang og tiltak.

Kommunelege 1 skal alltid varsles ved behov for ekstra lege-ressurser. Se egen innkallingsliste.

Kommunelege I er også smittevernlege. Smittevernlege skal varsles dersom det blir kjent at varslingspliktige, smittsomme sykdommer opptre i kommunen. Smittevernlege har fullmakter til å iverksette tiltak med hjemmel i lov om smittevern. Slike tiltak kan være av en slik art at det kan være aktuelt å opprette kommunens kriseledelse.

4.3 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN

4.3.1 Personell

Pleie- og omsorgstjenesten har helsepersonell i døgntjeneste ved Snillfjord omsorgsenter.

Både i akutte situasjoner og i andre krisesituasjoner som krever oppfølging over tid, vil det som regel være behov for å kalle inn ekstra helsepersonell, fortrinnsvis sykepleiere og hjelpepleiere fra hjemmesykepleien. Se innkallingsliste (GUL)

4.3.2 Lokalteter

Snillfjord omsorgsenter (SOS) har egne beredskapsplaner for interne kriser og evakuering fra bygningene. SOS består av omsorgsboliger, korttidsplasser i tillegg til bofellesskap. I krisesituasjoner vil det være mulig å frigjøre plass for å gi nødvendig tilsyn til pasienter det ikke er mulig å få på sjukehus. SOS er utpekt til lokale for psykososialt omsorgsarbeid i en krisesituasjon. (se kap.5.5)

4.4 KRISETEAM:

BEREDSKAPSPLAN FOR KRISETEAMET I SNILLFJORD KOMMUNE

Kriseteamets oppgaver

Kriseteamets oppgaver er å gi kommunens innbyggere tilbud om hjelp i en krisesituasjon. Det kan være uventet dødsfall, selvmord eller ulykker. *Det er den enkeltes opplevelse av situasjonen som avgjør om det er en krise.* Den kriserammede vil få henvendelse / besøk så raskt som mulig eller etter behov for hjelp. Målsetningen er å etablere kontakt, gi en oversikt over personer som kan være til hjelp og sette i gang tiltak etter behov. Kriseteamets arbeid skal være tidsavgrenset, vanligvis ikke utover 4 uker. Ved avslutning av arbeidet skal de som har behov for det sikres et tilbud fra det ordinære hjelpeapparatet.

Ressursplan

Kriseteamet har faste medlemmer som består av:

Kommunelege

Prest

Enhetsleder for sosial og barnevern

Psykiatrisk sykepleier

Helsesøster

PP-konsulent

Legen er oppnevnt som gruppas leder. Dersom legen ikke er tilstede må annen leder oppnevnes. Viktig at en har oversikt og kan fordele oppgaver til enhver tid. Psykiatrisk sykepleier er koordinator for gruppa og har ansvar for å kalle inn til møter og skrive referat. Kort etter den aktuelle saken skriver koordinator en kort rapport. Denne skal inneholde en beskrivelse av omfanget av ulykken / hendelsen, antall personer som ble rammet, samt alder og kjønn.

Teamet oppbevarer nettverksliste over ressurspersoner i kommunen som kan kontaktes dersom det trengs ytterligere, eller annen bistand. Dette kan være andre fagpersoner, som for eksempel rektor, barnehagestyrer eller andre.

Varslingsrutiner

Melding / henvendelse kan komme fra ulike instanser som lensmann, lege, prest, arbeidsgiver, sykehus, pårørende eller andre. Det enkleste vil være å ta kontakt med legevakt, vakthavende politi eller prest som vil kontakte en av kriseteamets medlemmer.

Legevakt, politi og prest skal være oppdatert med navn, adresse og tlf.nr. på samtlige av teamets medlemmer. Liste sendes ut rutinemessig to ganger i året.

Den i teamet som først blir kontaktet har ansvar for å varsle de andre medlemmene og sørge for at det blir iverksatt tiltak.

Tiltaksplan

Samling / Rollefordeling

Etter varslings samles teamet på avtalt sted og skaffer seg oversikt over situasjonen. I mindre omfattende saker kan dette også gjøres pr. telefon.

Det skal ikke settes inn krisehjelp uten behov. Gruppen må vurdere om alle skal settes inn, eller evt. hvem det er mest hensiktsmessig å sette inn.

Oppgaver og ansvar fordeles og må være tydelig avklart.

Deretter må gruppa finne egnet, rolig sted hvor en kan være alene sammen med den / de som har vært utsatt for krisen. Viktig at det er mulighet for å koke kaffe / te og at stedet har telefonforbindelse.

De kriserammede

De som er i sjokk / krise må få en rolig og saklig framstilling om hva som har skjedd. Den beste førstehjelp er oftest å få vite fakta. OBS! De kriserammede må ikke være alene den første tida etterpå.

Gruppen bør gi støttesamtaler i akuttfasen.

Det er viktig å gi rom for spørsmål og reaksjoner.

Så langt det lar seg gjøre bør samme person følge opp den enkelte. Det trengs tett oppfølging den første tida, og en må hele tida vurdere om det er hensiktsmessig å sette inn annen hjelp.

Det er viktig å ta med ressurspersoner fra den kriserammedes sosiale nettverk og presisere viktigheten av at de er med.

En eventuell minnestund med prest bør foregå ganske snart etter en ulykke, og gruppa bør delta på denne.

Andre involverte

Gruppen må også ta seg av og hjelpe andre involverte, dette kan f. eks. være kolleger, skolekamerater, naboer og andre nærpersoner.

Det kan ofte oppleves som riktig å ha en felles samling på skolen, arbeidsplassen eller barnehagen med saklig informasjon om det som har hendt.

I noen tilfeller kan det være fint å ha en samling i kirka, evt. åpen kirke / minnestund.

Informasjon utad

Grappa skal ikke uttale seg til presse eller media om det som har hendt. Dette er politiets eller evt. ordføreren i kommunen sitt ansvar.

Dersom situasjonen defineres som beredskapsituasjon, eller krise, er det kommunens informasjonsansvarlige som har ansvar for all informasjon utad.

Debriefing

Debriefing i beredskapsgruppa bør skje snarest mulig

Det er minst like viktig at medlemmene får utløp og støtte for egne følelser, som for teknisk gjennomførte prosedyrer. Alle må få snakke om hvordan den enkelte har opplevd situasjonen. Teamet kan delta i etterarbeid / debriefing sammen med andre involverte ved behov, for eksempel lærere, helsepersonell osv.

4.5 Medlemmer

Kriseteamets medlemmer i vedlegg 4.

4.6 Utstyr

4.6.1 Kommunikasjonsutstyr

LV-sentral, ambulanse, leger på kontor og i vakt, hjemmesykepleie, jordmor og brannvesen er alle knyttet til helseradionettet (BL-nettet - Brann- Lege)

BL-utstyret er fordelt slik:

- LV-sentral: Fast montert utstyr og med tilhørende personsøker og bærbar telefon
- Ambulanse: bærbare radioer og fastmontert i bilene, personsøkere.
- Lege: bærbar radio med tilhørende personsøker, mobiltelefon
- Brannvesen: 12 bærbare radioer, 3 mobiltelefoner, 18 personsøkere,
- Teknisk etat: 2 bærbare radioer, 2 mobiltelefoner

I tillegg disponeres mobiltelefoner:

- Ambulanse: i bilene
- Jordmor
- Hjemmesykepleie
- Brannvesen: 2 (brannbil)
- Teknisk: 2 stk ,1 brannsjef9
- Røde Kors Hjelpekorps: håndsett og fastmontert (bil, snøskuter og hus) med frekvens lik BL-nettet.

4.7 FØRSTEHJELPSUTSTYR

På legekantoret i Snillfjord fins akutt koffert og utstyr til intubasjon og infusjon.

Ved behov for større mengder bandasjemateriell, ulltepper og annet førstehjelpsutstyr, må ressursene til brannvesenet benyttes.

Brannvesen / Legekantor disponerer til sammen 3 hjertestartere ,2 i brannbilen og en på legekantoret.

5 ANDRE RESSURSER

5.1 ST OLAVS HOSPITAL

All tilgjengelig bistand innen kirurgisk poliklinikk forefinnes på døgnbasis

5.2 RØDE KORS

Røde Kors kan nåes på en alarmtelefon .1 person med oversikt over og tilgang til utstyr skal til enhver tid være tilgjengelig. Egen beredskapsplan for Røde Kors i regionen rulleres hvert år. Røde Kors disponerer

- godt utstyrt personell for innsats i redningsaksjoner – også vinterstid
- mannskapsbiler og bårer
- snøskuter med slede og pulk
- bærbar gummibåt

5.3 SIVILFORSVAR

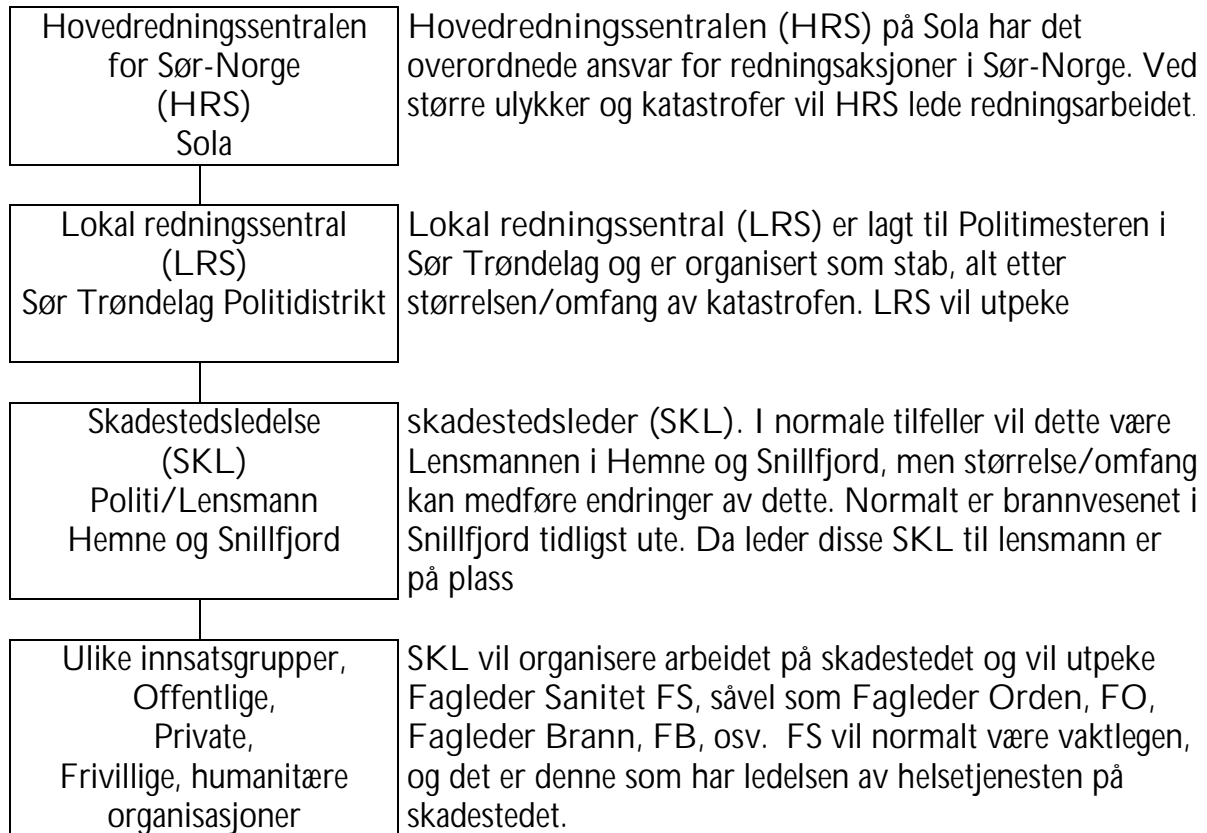
Sør Trøndelag Sivilforsvarskrets er oppsatt med fredsinnsettingsgruppe (FIG) for regionen som er utrykningsklar på kort varsel. FIG kan benyttes både til redningsoppdrag, brann og helsetjeneste. Lensmann, teknisk sjef og kommunelege 1 kan be om hjelp av fredsinnsettingsgruppen. Ressurser i fredsinnsettingsgruppene er beskrevet i egne vedlegg.

Sivilforsvaret har også et stort lager av sanitetsmateriell som kan benyttes i en krisesituasjon. Materiell og personell utkalles over døgnbemannet tlf i Trondheim og kan rekvireres av lege, lensmann, teknisk sjef og brannsjef.

5.4 INDUSTRIVERN

Ingen bedrifter i Snillfjord er oppsatt med eget industrivern.

HANDLINGSDEL



6. MELDING OG VARSLING

6.1 MELDING OM ULYKKE/KATASTROFE

- Det er opprettet AMK ved St Olavs Hospital, Orkdal sanitetsforenings sykehus. Melding om ulykke/katastrofe blir som regel meldt til AMK på telefon 113.
- Den som mottar melding skal sørge for å få rede på følgende dersom det er mulig:
 1. Hvem varsler?
 2. Hva har hendt?
 3. Hvor er skadestedet?
 4. Antall skadde?
 5. Hvordan kan vi kontakte tilbake den som varsler?
 6. Er lensmann/politi/ brannvesen varslet?

Dersom meldingen ikke er mottatt fra lensmann/politi skal AMK /LV straks varsle:

Sør trøndelag politidistrikt: 112

Lensmannen i Hemne og

Snillfjord: 72454860

Brann: 110

6.2 VARSLING AV PERSONELL/RESSURSER

Akuttmedisins kommandosentral (AMK) og legevaktsentral (LV) er samlokalisert ved Orkdal sanitetsforenings sykehus.

I samarbeid med SKL eller etter egen vurdering innkaller AMK nødvendig personell og materiell. For å avlaste LV-sentralen mv, kan innkalling av lokalt personell skje etter "kaskadepriippet", hvor hver person som ringes opp får ansvar for å kalle inn 2 til nedover på personallista. LV-sentralen administrerer/iverksetter kaskaden..

Møtested og utstyr må vurderes og avgjøres av skadestedsleder i samarbeid med fagleder sanitet.

AMK står i kontinuerlig samband med LRS og gir fortløpende informasjon om ressursbruken. Alarmering fra AMK har flere grader:

1. Lege- Ambulanse-alarm:
 - Alle ambulanser i kommunen
 - Vakthavende lege (og evt. andre leger som er tilgjengelige på radiosambandet).
2. Redningsalarm:
 - Brannvesen
 - Alle ambulanser i kommunen
 - Vakthavende lege og evt. andre leger som er tilgjengelige på radiosambandet).

6.3 UTRYKNING TIL SKADESTEDET

SKL har den overordnede ledelsen av rednings innsatsen. SKL har også til sin disposisjon en (FO), som er politi/ lensmanns- tjenestemann og har ansvaret for sperring og regulering av trafikk, samt FB, som har ansvaret for redningsarbeidet og det branntekniske arbeidet på skadestedet.

Utrykningspersonell med materiell melder seg på skadestedet for SKL.

SKL oppnevner FS som har ansvaret for den medisinske og sanitetstekniske virksomheten. Han organiserer og leder evakueringsrekkefølgen fra skadested via Samleplass for skadde til sykehus. Han har til sin disposisjon det medisinske fagpersonellet, sanitets- og ambulansepersonellet.

Ved behov for assistanse av ytterligere medisinske ressurser må dette snarest meldes til AMK eller til LRS gjennom SKL.

SKL oppretter aksjonssamband med skadestedet. Fagleder sanitet kan selv opprette kommunikasjon/arbeidskanal med sitt personell eller til AMK, men redningskanal 5 skal kun brukes opp mot SKL og av andre fagledere. Arbeidskanaler innenfor hver fagleder skal ikke forstyrre sambandet til SKL.

Informasjon til innbyggere, presse følger kommunens beredskapsplan. Jfr. også smittevernplanen.

6.4 SANITETS/HELSETJENESTE PÅ SKADESTEDET

Sanitets-/helsetjenesten på skadestedet blir organisert og gjennomført i samsvar med veiledningen VEDLEGG.

6.5 VARSLINGSØVELSER

MINST EN GANG PR. ÅR GJENNOMFØRES EN VARSLINGSØVELSE, DER ALLE INVOLVERTE DELTAR.

8 VEDLEGG

8.1 TELEFONLISTE – AMK – AMBULANSER

	Telefon	Mobiltelefon	BL-radio	Merknad
AMK – Orkdal AMK – koordinator	113			
Ambulanse/Orkdal	72480111			
Ambulanse/Hemne	72451722			
Ambulanse/Hitra/Frøya	113			
Luftambulanse	73518000			

8.2 TELEFONLISTE – POLITI – SYKEHUS - ANDRE

Institusjon	Telefon	Mobil telefon	BL-telefon	Merknad
St Olavs Hospital	73868000			
OSS	72470000			
Sør Trøndelag Politidistrikt	73899090 0280			ALARM 112
Lensmann i Hemne og Snillfjord	72454860			
Sør Trøndelag Sivilforsvarskrets	73805450			
Hovedredningssentralen i Sør Norge	51646000			
Helsetilsynet i Sør Trøndelag	73199000			
Snillfjord kommune, sentralbord	72455555			
Prestkontoret i Snillfjord	72457139	90680381		
Røde Kors Sør Trøndelag Trondheim	73949330			

8.3 INNKALLINGSLISTE - LEGER

Innkallingsrutine: AMK kaller inn etter avtale med ansvarlig vaktlege/skadestedsleder.

	Arbeid	Privat	Merknad

8.4 INNKALLINGSLISTE - KRISETEAM

KRISETEAMETS MEDLEMMER I SNILLFJORD KOMMUNE

Oppdatert liste 9.10-03

STILLING	NAVN	ADRESSE	<u>TELEFON</u> <u>JOB</u>	<u>TELEFON</u> <u>PRIVAT</u>
Kommunelege I(leder)	Vilija Svediene	Åsveien 3 7300 Orkanger	72 45 55 00	
Psykiatrisk sykepleier	Bente Mostue	Aune 7257 Snillfjord	72 45 71 27 48 09 28 79	
Prest	Jon Nilsen	Krokstad 7257 Snillfjord	90 68 03 81	72 45 55 88
Helsesøster	Helga Melås	Sognmoen 7300 Fannrem	72 45 71 41 99 15 68 84	72 48 88 30
Pedagogisk/ psykologisk konsulent	Ruth Ellen Aune	Krokstadøra 7257 Snillfjord	72 45 71 29	72 45 56 43
Enhetsleder for sosial- og barnevern	Inger Govassli	Storoddan 7200 Kyrksæterøra	72 46 02 00 91 85 85 74	72 45 38 55

Ordfører Anders Krokstad skal varsles når kriseteamet trer i kraft.

Telefonnummer: 72 45 56 26 (privat)

99 52 54 78 (mobil)

72 45 71 11 (jobb)

8.5 INNKALLINGSLISTE – SYKEPLEIERE,

Pleie- og omsorgstjenesten (PLO)

Innkallingsrutine: AMK kaller inn personell i vakt, samt de 3 første på listen. LV-sentralen kaller inn videre etter kaskadepriippet i avtalt omfang.

MOSTUE, BENTE	KROKSTADØRA	SYEPLIEIER I PSYKIATRI	72457174	92811922	48092879
HAFSMO, ANITA	HEMNSKJEL	SYKEPLEIER	72457174	72456422	97734868
HERMO, KARI	BERG	SYKEPLEIER	72457174	72455583	95825243
JACOBSEN, MAGNHILD	VINGVÅGEN	SYKEPLEIER	72457174	72456521	
PRESIC, LJILJANA	KROKSTADØRA	AVD.SPL.	72457174	72455615	
SOLHAUG, UNNI	YTRE SN.FJ.	SYKEPLEIER	72457174	72455740	47052773
VOLDEN, BRITT EVA	SNILDALSÆTRA	SYKEPLEIER	72457174	72455541	
FIELDING, GUNNBJØRG	KROKSTADØRA	SYKEPLEIER	72457174	72455598	95885723
BERG, SOLVEIG O.	BERG	HJELPEPLEIER	72457174	72455510	
DJUPÅ, MARIT	VINGVÅGEN	HJELPEPLEIER	72457174	72456537	99716213
GAMST, GRETHE	KROKSTADØRA	HJELPEPLEIER	72457174	72455671	
HAFSMO, EDEL	TANNVIKVÅGEN	HJELPEPLEIER i eldreomsorg	72457174	72455116	99313453
HÅVIK, GERD	HEMNSKJEL	HJELPEPLEIER	72457174		41523616
RAMVIK, ELSE	RAMVIKA	HJELPEPLEIER i eldreomsorg	72457174	72456631	97096528
SKÅRILD, LISE	SKÅRILD	SEKR./HJ.PL.	72457164	72455787	
SKÅRILD, MAY ANITA	KROKSTADØRA	HJELPEPLEIER i eldreomsorg	72457174	72455516	
SLØRDAHL, JORUN	KROKSTADØRA	HJELPEPLEIER	72457174	72455548	92261883
SLØRDAHL, KARI	KROKSTADØRA	HJELPEPLEIER i psykiatri	72457174	72455603	
SNILDAL, TORIL	KROKSTADØRA	HJELPEPLEIER	72457174	72455629	95073760
WINGAN, ASBJØRG	VINGVÅGEN	HJELPEPLEIER	72457174	72456525	95819187
AA, MAY IREN	SNILDALLEN	HJELPEPLEIER	72457174	72455673	
WUTTUDAL, ANNA B.	VUTTUDALEN	HJELPEPLEIER i eldreomsorg	72457174	72455772	90958660
BJØRGAN, KARI	MOLTUN	OMSORGARB.	72457174	72457674	91813102

STOLPNES, ANN KRISTIN	ÅSTFJORDEN	OMSORGSARB.		72456216	95907096
KROKSTAD, INGEBORG	KROKSTADØRA	OMSORGSARB	72457174	72455682	41605550
SÆTHER, TOVE	YTRE SN.FJ.	OMSORGSARB.	72457174	72455711	91157014

9 ANDRE VEDLEGG

9.1 SIVILFORSVARET, FRED SINNSATS GRUPP

9.2 (VEDLEGG VIL BLI UTGITT SENERE)

9.3 ORGANISERING AV SANITETS- OG HELSETJENESTE PÅ SKADESTED.

Innhald

Ord- og forkortingsforklaring.....	21
Leing og organisering	22
Påkledning og merking	25
Tenesta på skadestaden	25
Tenesta på samle plass for skadde.....	26
Sanitetstenesta under transport.....	30
Hjelpeplass for skadde	30
Dokumentasjon	30
Publikum og massemedia	32

Ord- og forkortingsforklaring

LRS	Lokal Redningsentral
SKL	Skadestadsleiar
SKLKO	Skadestadsleiar KO
FB	Fagleiar Brann
FS	Fagleiar Sanitet
FO	Fagleiar Orden
AKP	Ambulanse Kontroll Punkt
Heliport	Kontrollpunkt for helikoptertransport
NK-FS	Nestkommanderande Fagleiar Sanitet
FIG-gruppe	FredsInnsatsGruppe (Sivilforsvaret)

Leiing og organisering

Så snart skadestaden er lokalisert oppnemner Lokal Redningsentral LRS ein Skadestadsleiar SKL og eventuelt hans stab SKLKO. SKL vil vanlegvis vera ein politimann/lensmannsbetjent. SKL må dekkja følgjande funksjonar:

- Ressursutnytting
- Sambandsleiing
- Loggføring
- Informasjonsteneste

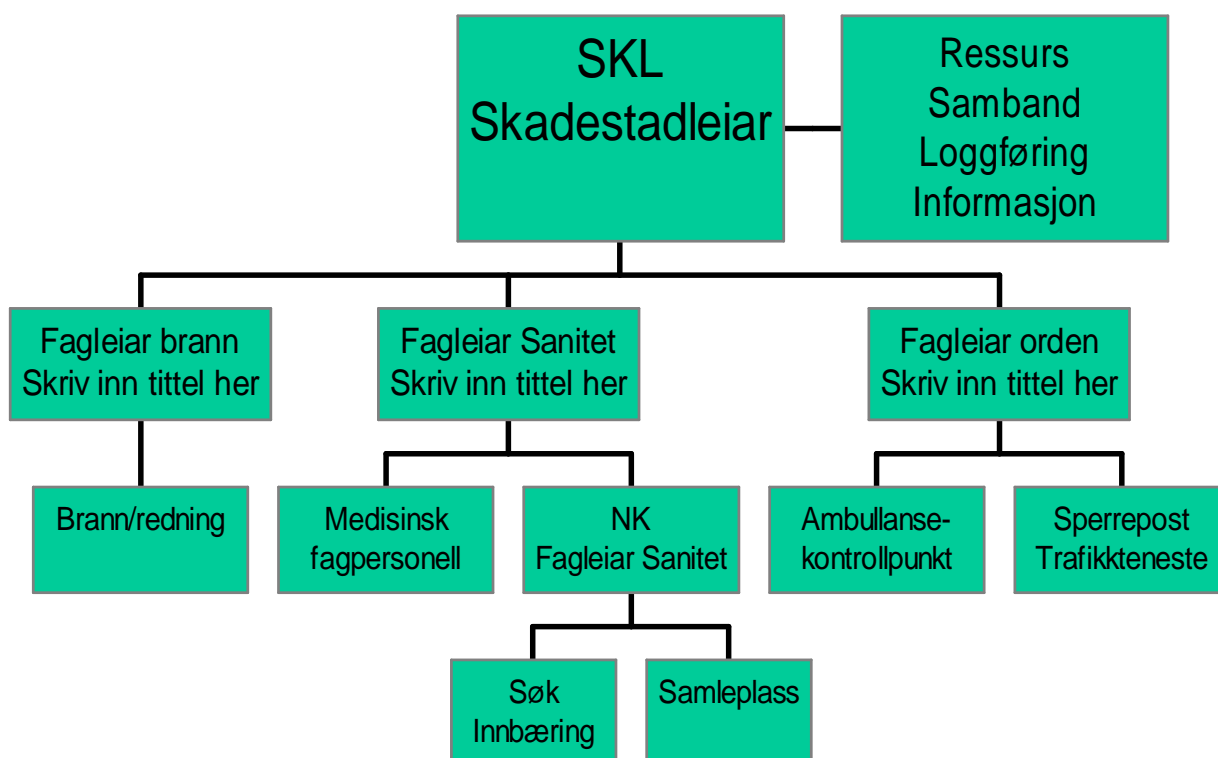
I SKLKO inngår dessutan følgjande fagleiarar

Fagleiar Brann FB Profesjonell overordna brannmann med ansvar for det brann- og redningstaktiske arbeidet.

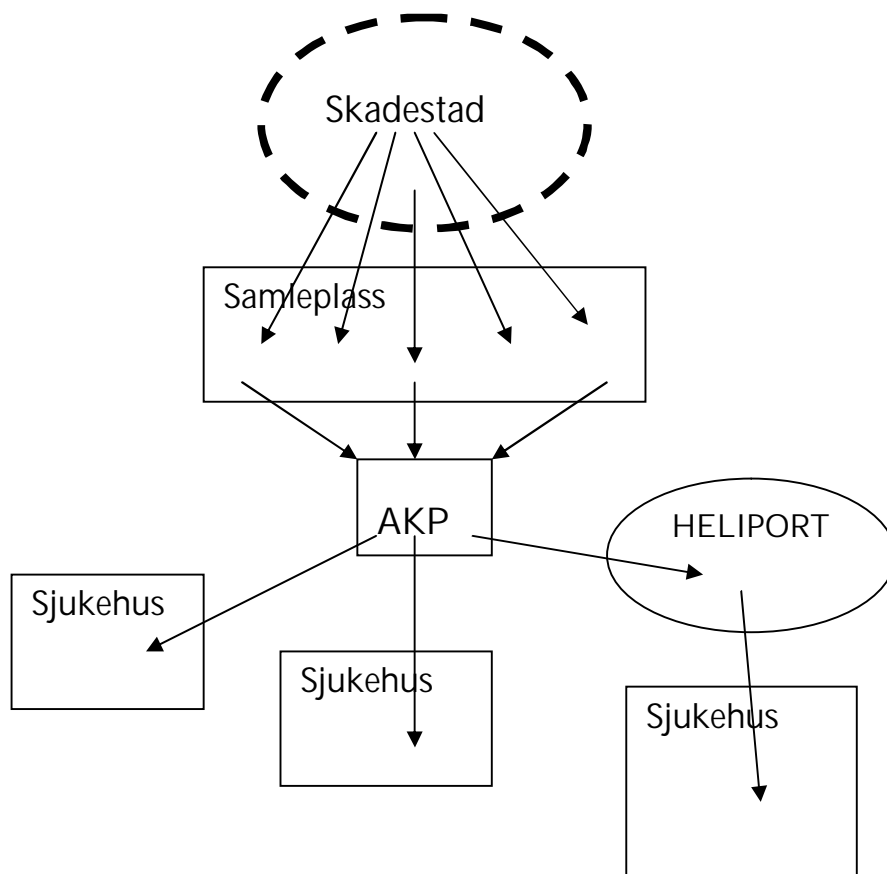
Fagleiar Sanitet FS Lege, fortrinnsvis erfaren kirurg med ansvar for den medisinske og sanitetstekniske verksemda. Oftast i vårt distrikt vakthavande lege.

Fagleiar Orden FO Overordna politimann/lensmannsbetjent med ansvar for sperre- og trafikkteneste.

Fig 1 – Leiinga på skadestaden



FS er ansvarleg for den medisinske verksemda på skadestaden og bør med det være lege med fagleg og personleg autoritet og med erfaring i skadekirurgi og skadestadsleiing. Der tilhøva ligg til rette bør FS oppnemnst av LRS. I perifere område vil normalt vakthavande lege verte oppnemnt som FS. I rimeleg avstand frå sjukehus, vil ein erfaren kirurg kunna fungera som FS. I akutte situasjonar, og særleg initialt og førebels, vil SKL måtta utpeika sine fagleiarar mellom mogelege fagfolk som meir eller mindre tilfeldig finst på skadestaden.



Figur 2: Evakueringsrekkja

Fagleiar Sanitet sine oppgåver

FS organiserer og leier evakueringsrekkja frå skadestad via samle plass for skadde til sjukehus, jfr. fig. 2. Han har til rådvelde medisinsk fagpersonell, sanitets- og ambulansemannskap. Oppgåvene til FS vil være som følgjande:

- A. Rekognosering Han må straks og personleg gjera seg opp ei meining om omfanget av katastrofen, talet på skadde og tilstanden deira, tilhøva på skadestaden, disponible ressursar og tidsfaktoren.
- B. Rapportering Den informasjon han skaffar seg ved rekognosering, dannar grunnlag for ei vurdering av situasjonen. Denne vurderinga skal han straks melde til SKL og LRS-legen
- C. Plan Situasjonsvurderinga saman med dei informasjonar han får frå SKL og LRS-legen og dei ressursane han kan nytta, og når, utgjer grunnlaget for den planlegging og løysing av dei medisinske- og sanitetstaktiske utfordringar FS står overfor.
 - Personell disponering
 - Materie lldisponering
 - Samle plass

- Dokumentasjon
- Samband, internt og eksternt
- Kvileplass og forpleining

D. Gjennomføring FS skal prinsipielt ikkje fortapa seg i behandlingmessige detaljar, men overlata direkte behandlingsoppgåver til anna medisinsk fagpersonell.

Det er føresetnaden av FS er mellom dei første som kjem til skadestaden, og han må straks gripa initiativet, ta leiinga, og få sett det medisinske redningsarbeidet i verksemd. Han må ikkje fortapa seg i administrative og organisasjonsmessige detaljar, men delegera ansvaret for løysinga av spesifikke sanitetseoppgåver til leiande sanitetsbefal – operativ leiar sanitet (NK-FS).

Dersom FS er den første eller einaste legen på skadestaden kan han initialt bli nøydd til å ta del i resusciterande arbeid, skadesortering og prioritering for behandling og transport. Som den medisinsk ansvarlege må han likevel heile tida sørge for å halda oversikt og operativ kontroll med den medisinske og sanitetstaktiske verksemda.

Prinsipielt held FS til og leier arbeidet for samleplass for skadde når denne er oppretta. FS må ha god og stadig kontakt med SKL og SKL sin kommandoplass – SKLKO. Dersom ikkje dette kan skje ved direkte kontakt, må der etablerast linje- eller radiosamband. FS må også ha samband til LRS-legen direkte eller via SKLKO. FS sitt samband med mottakande sjukehus kan være direkte der det dreier seg om eit einskild sjukehus. Er det fleire mottakande sjukehus bør sambande skje via og koordinerast av LRS-legen, eller av ambulansesentral, t.d. AMK.

Operativ leiar sanitet – NK/FS

For å byggja opp det operative sanitetsapparatet, med søkekjeder, båregjengar, og samleplass for skadde, og til å stå føre den koordinerande leiinga av dette, har FS til disposisjon ein operativ leiar sanitet NK/FS. Som NK/FS må ein peike ut den mest kompetente frå dei involverte sanitetsavdelingane. Under rekognoserings- og planleggingsfasen samarbeider FS og NK/FS intimt. Elles har NK/FS sin standplass i SKLKO. MK/FS må tå i stadig og direkte kontakt med FS. På grunn av at han er til stades i SKLKO må han ofte fungera som sambandsledd mellom SKL og FS, og eventuelt også mellom LRS-legen og FS.

I samråd med FS og i samarbeid med SKL og dei andre fagleiarane leier og koordinerer han det operative sanitetsapparatet:

- Fordeling av disponible sanitetsmannskap på ulike oppgåver
 - A. Avsøking og innbæring frå skadestad
 - B. Oppretting og drift av samleplass for skadde
- Disponering av sanitetsmateriell
- Disponering av transportmiddel
- Det interne samband mellom ulike sanitetseiningar.

Påkledning og merking

Det medisinske fagpersonellet som vert utsendt frå sjukehus må ha ein høveleg personleg påkledning. Det duger ikkje vinterstid med kvite frakkar og tresko. Alt medisinsk fagpersonell må vera godt merka slik at det ikkje oppstår problem om deira faglege autoritet. Spesielt må FS og hans NK/FS vera godt merka slik at dei straks kan identifiserast. Dei bør bera lysreflekterande vestar der det med klar tekst og i store bokstavar går fram kven dei er: Fagleiar Sanitet, NK/FS. Kommandoplassane deira er prinsipielt ved samleplass og i SKLKO. Desse må merkast med tydelege skilt og ljøs om natta. Anna medisinsk fagpersonell må merkast på same måte: Hjelmar og armbind/vest med LEGE, SJUKEPLEIAR, m.m.

Tenesta på skadestaden

I starten vil tilhøva på ein skadestad vere kaotiske og uoversiktlege. Søking etter skadde og døde må ta til så snart skadestaden er lokalisert. I mange situasjonar kan dette arbeidet vere risikabelt på grunn av brann, eksplosjonsfare, fare for nye ras, gasslekkasje o.l. I slike tilfelle må den medisinske innsatsen koordinerast med den reit redningstekniske, og av og til må søking og innbæring heil overlatast til profesjonelle brannmenn, som ved røykdykking og liknande.

Dersom skadestaden ligg i rimeleg avstand frå sjukehus, eller der ein på grunn av lang søkefase har hatt tid til å mobilisere store ressursar, vil ein i første fase av redningsarbeidet kunne nytta fleire sjukehuslegar (anestesilegar og kirurgar) på skadestaden for resuscitering. Når så transporten av skadde er komen vil i gang, og arbeidskrafta med fordel kan nyttast på mottakande sjukehus, vert dei overført dit med ein av ambulansane. Dei kan då også stå for naudsynt konserverande transportbehandling. Denne overføringa vert koordinert av LRS-legen.

Den eller dei legane som kjem først, går raskt over sjølv skadestaden for saman med sjukepleiarane å føreta absolutt naudsynt resuscitering. Kritiske skader skal merkast – med vimpel, lys, refleksbrikke og liknande for prioritering ved innbæring. Slikt merkeutstyr blir også disponert av Sivilforsvaret.

Eit kompetent sanitetsbefal vert tildelt ansvaret for søking av og innbæring frå ulukkestaden. I første omgang må båregjengane berre konsentrere seg om dei kritiske skadene som eventuelt allereie er merka:

- Nedsett respirasjon
- Nedsett sirkulasjon

Personar med andre skader må venta på innbæring. Skadde som kan gå og klara seg sjølv skal leiast eller visast veg til samleplass.

På sjølv skadestaden skal berre heilt naudsynt resuscitering utførast. All anna førstehjelp og behandling skal prinsipielt utførast på samleplass.

Openbert døde – lemlesta, forkola og andre sikre dødsriterie, skal ikkje rørast før politi eller eventuell undersøkingskommisjon gir beskjed og dette. Då skal dei berast til samleplass for døde. Andre livlause skal ikkje sjåast på som døde før resuscitering er forsøkt eller lege har gjort undersøking.

Tenesta på samle plass for skadde

FS rekognoserer og tilviser i samarbeid med SKL stad for samle plass for skadde. Samle plassen må opprettast så nær skadestaden som mulig. Den bør ha stort nok areal og liggja ved veg. Vanlegvis er det ei føremon å være under tak. I kaldt og dårleg vær er dette naudsynt. Dette kan løysast ved bruk av telt. Fleire flystasjonar kan skaffe slikt utstyr og det er ein del av utrustinga til Sivilforsvaret si FIG-gruppe. I mange tilfelle vil det i Sauda være naturleg å opprette samle plass i tilknyting til kommunelegekontoret, kor både utstyr, areal og personell er lett å mobilisere.

Ansvar for å oppretta og å organisera samle plassen bør delegerast til eit kompetent sanitetsbefal.. Denne må ha tilstrekkeleg sanitetsmannskap, førstehjelparar, sjukepassarar, skrivarar og sambandsfolk, samt utstyr og materiell.. FS, eller ein erfaren lege som han har utpeika, leier arbeidet på samle plass.

Etter kvart som det naudsynte resusciteringsarbeidet er iverksett ute på skadestaden, vert legar og sjukepleiarar trekt inn til samle plass for å halda fram arbeidet der inntil dei må disponerast ved sine respektive sjukehus.

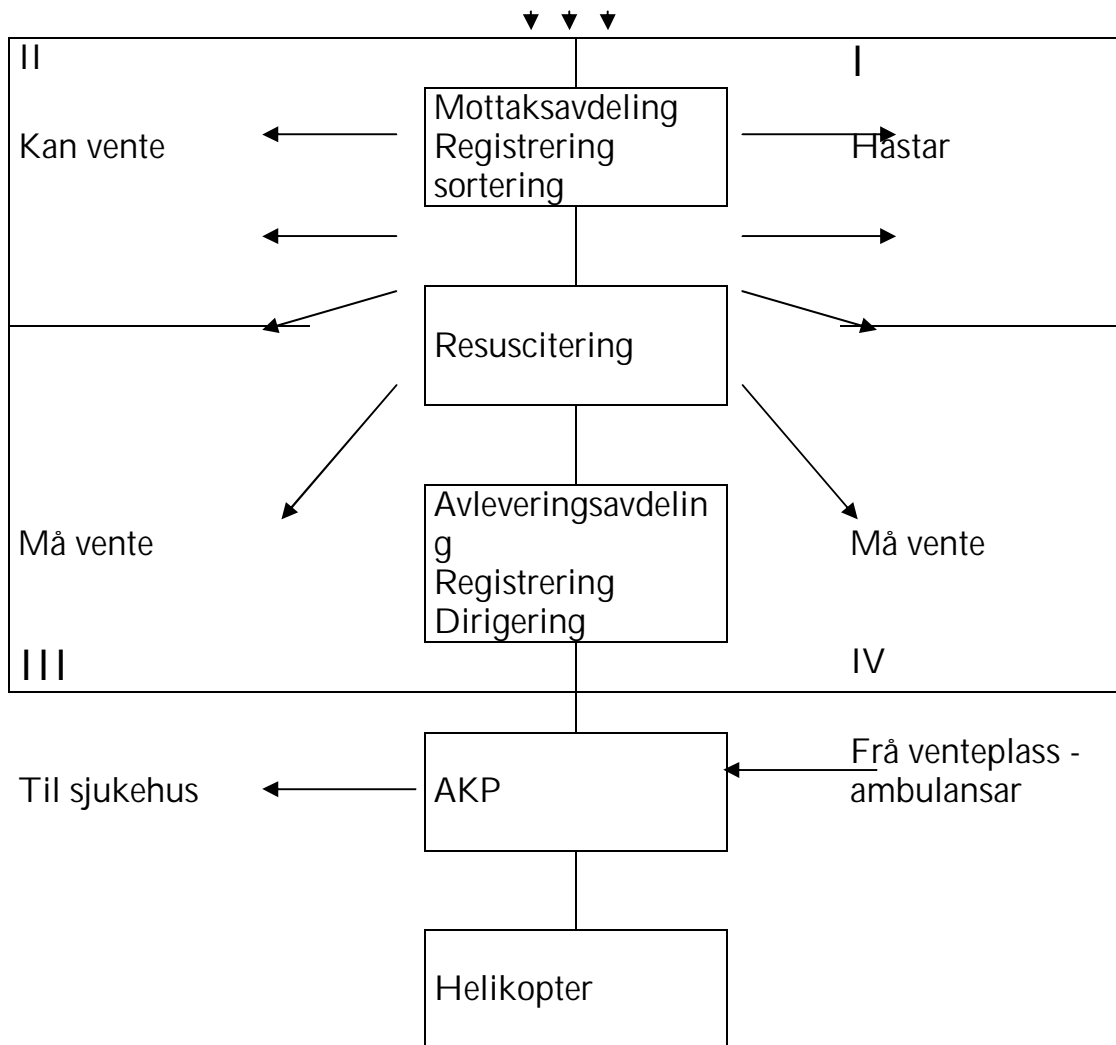


Fig. 3 - Samleplass for skadde prinsippsskisse

Samleplatsen vert organisert med tre avdelingar, jfr fig. 3.

A. Mottakande avdeling

Her blir dei skadde registrert, vurdert og sortert. Registreringa må vera enkel, men nøyaktig. Den skadde vert utstyrt med ein skadelapp med nummer og prioritet. Det vert ført ein fortløpande mottakingslogg med fortløpande nummerering som til ei kvar tid viser kor mange, og kven som har passert mottakande avdeling. Ved større ulukker og katastrofesituasjonar – der talet på skadde og omfanget av skadene langt overgår den føreliggjande transport – og behandlingsskapasitet – må det gjerast ei prioritering av dei skadde for transport og definitiv behandling:

Hastar	Pasientar med kritiske tilstandar der vitale fysiologisk funksjonar – respirasjon og sirkulasjon er trua, d.v.s. personar som vil gå ad mortem utan omgåande resuscitering eller rask kirurgisk intervensjon. Dette er pasientar der behandling og transport hastar.
Kan vente	Pasientar med alvorlege skader, men ikkje livstruande som eventuelt etter førebels behandling er stabile. Desse pasientane kan venta, men må overvakast.
Må vente	Pasientar med lette skader, d.v.s. dei som klarer seg med ambulans behandling, må venta

Under krig og ved ekstreme katastrofer og i sjukehus kan det vera aktuelt å operera med ei gruppe håplaust skadde. Dette er døyande pasientar med så alvorlege og omfattande skader at ein med dei ressursane som ligg føre openbart ikkje har sjanse til å bera dei. Desse skadene må venta, med dei skal ha god pleie og analgetika.

For å unngå mistydingar er det svært viktig at prioritet alltid vert gitt i klar tekst, og ikkje i kode. Klar tekst kan kombinerast med internasjonalt aksepterte fargar. Ved stort tal på skadde i fredstid vert altså følgjande prioritetsgrupper nytta:

Hastar	Raud
Kan vente	Raud/kvit
Må vente	Kvit
Må vente (Håplaust skadde)	Svart/kvit

Ute på sjølve skadestaden og ved vanlege redningsaksjonar nyttar ein forenkla prioritering til to grupper: HASTAR og KAN VENDE.

Registrering og vurdering må skje raskt. Pasientane må ikkje hopa seg opp i mottakande avdeling, men nærast omgåande ekspederast vidare inn på samleplassen med tydeleg beskjed om prioritet og førebels behandling. Skadesorteringa er ei svært krevjande oppgåve og bør gjerast av lege, helst kirurg med stor erfaring og autoritet, ofte av FS sjølv.

I mottakande avdeling må omgåande resuscitering vera mulig ved mottakinga og før vidare vurdering. Eit team med lege, anestesijukepleiar og kvalifisert sanitetsmannskap står føre resusciteringa:

Respirasjonsbehandling, intubering og eventuelt assistert ventilasjon

Komprimerande bandasjering ved opne, store blødningar

Etablering av intravenøse infusjonar

Deretter blir pasienten flytta til

B. Behandlande avdeling

Denne avdelinga vert delt i tre (eller fire) postar – ein for kvar prioritetsgruppe:

Post I – Arbeidet her bør leiast av lege eller erfaren sjukepleiar. Resuscitering og
Hastar intens overvaking held fram, og pasienten vert klargjort for transport
med førebels behandling.

Livreddande inngrep som thoraxdrenasje ved trykkpneumothorax og
eksponderande hemothorax med repirasjonssvikt, perikaddrensje ved
hjertetamponade.

Bandasjering

Medisinering

Skadelappen vert utfylt, og pasienter er no klar for transport ved første
høve.

Post II – Arbeidet her vil for ein del arta seg som ved Post I med førebels
Kan vente behandling inntil det ligg føre transporthøve.

Post II – Her vil dei skadde ofte væra overlatne til å måtta ta vare på seg sjølve –
Må vente og kvarandre. Dei er gjerne oppspilte, trøytte, svoltne og frosne, og kan
stellast av ikkje-medisinsk personell med ullteppe, varm drikke og
liknande. Førstehjelpar gir behandling ved mindre sårskader og førebels
behandling ved enkle brot. Desse pasientane skal vanlegvis ikkje
innleggjast i sjukehus, men sendast heim, til hotell og liknande, eventuelt
med beskjed om seinare å oppsøkjia lege eller poliklinikk. Dei fleste kan
gå og sitja, og dei vert evakuerte med bussar, personbilar eller som
sitjande passasjerar i ambulansane.

Ved mottakinga er den første vurderinga av dei skadde naudsynlegvis
rask og overflatisk. Det er difor stadig trong for revurdering av
pasientane med eventuell omprioritering. Situasjonen for den einskilde
pasient kan endra seg, og eit totalbilde av sjølve katastrofen og dei
disponible ressursane vil etter kvart avklara seg.

C. Avleverande avdeling

Denne avdelinga organiserer evakuering av transportklare pasientar. Personellet treng
for så vidt ingen medisinske kvalifikasjonar, Evakuering skjer i samsvar med
prioritering.

Dei skadde vert registrerte i ein evakueringslogg med sitt nummer og adressat –
mottakande sjukehus. Ved spesielle skader, er avleverande avdelinga ansvarleg for at
eventuelt direktiv vedrørande adressat- og transportbehandling blir effektivt.

Avdelinga freistar å fordela dei skadde til dei aktuelle sjukehus avhengig av kapasitet
og etter direktiv frå LRS-legen. Avleverande avdeling samarbeider intimt med AKP.

AKP er FO sitt ansvarsområde. AKP har kontinuerleg oversikt over disponible
ambulansar og helikopter, og kvar desse til ei kvar tid er å finna. AKP bør etablerast i
direkte kontakt med samleplatsen sin avleverande avdeling.

Dersom samle plass ikkje kan leggjast ved veg, må LRS syta for annan transport, traktor, hest, snøskuter, beltebil, hundespenn, og liknande – mellom samle plass og kjøreveg.

Sanitetstenesta under transport

Pasientar med kritisk skader har trong for overvaking og konserverande behandling, transportbehandling, assistert ventilasjon og intravenøs infusjon under transporten til sjukehus. Til å stå for denne transportbehandlinga må det disponerast spesielt personell, to pr ambulanse, der minst ein bør være erfaren førstehjelpar, utdanna ambulanspersonell og i spesielle tilfelle medisinsk fagpersonell. Legar og sjukepleiarar som må omdisponerast frå skadestad til sjukehus kan med føremon nyttast.

Hjelpeplass for skadde

Dersom skadestaden ligg slik til av evakueringsaksen vert lag og prosessen tidkrevjande, kan der være aktuelt å oppretta ein hjelpeplass for skadde mellom samle plass og sjukehus. Hjelpeplassen vert oppretta i høvelege lokale, skule, sjukestove, aldersheim eller linande, så nær skadestaden som mogeleg. Hjelpeplassen vert organisert prinsipielt som ein samle plass, og ivaretek ein del av samle plassen sine funksjonar.

Dokumentasjon

Ved større ulukker og katastrofer må dokumentasjonen være standardisert, enkel og lettfatteleg. Dokumentasjonen tener berre følgjande føremål:

- Registrering av talet på skadde
- Identifisering av den ein skilde skadde
- Prioritering for transport og behandling
- Adressat der den skadde blir sendt og kan kontaktast
- Heilt naudsynte og relevante opplysningar for neste ledd i evakueringskjeda

Dokumentasjonen skjer på 3 nivå:

1. Ute på sjølve skadestaden. Her er det berre trong for enkel prioritetsmerking for resuscitering og innbæring til samle plass (hastar, kan vente, død).
2. På samle plass for skadde.
3. I sjukehuset.

På samle plass vert følgjande dokumentasjon nytta:

- A. Mottakslogg. Her registrerer ein alle skadde etter kvart som dei kjem til mottakande avdeling med fortløpande nummerering: namn og fødselsdata. Der dette er ukjent bruker ein kjønn, omtrentleg alder og eventuelle særlege kjenneteikn. Dersom ein opererer men fleire samle plassar vert kvar samle plass gjeven ein bokstavkode som inngår i skadenummeret: A1, A2, etc. Sjølve loggen kan være ein enkel linjert protokoll, prenummerert og med rubrikkar for namn og fødselsdata.
- B. Skadelapp. Det eksisterer fleire typar som er brukande. Forsvaret og Sivilforsvaret nyttar kompliserte skadelappar som skal tene som gjennomgåande dokumentasjon ved leire ledd i evakueringskjeda. Ved lokale katastrofesituasjonar i fredstid er det behov for ein forenkla dokumentasjon fram til det mottakande sjukehuset.

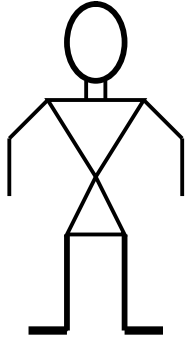
Hastar			Nr.
Kan vente			
Må vente			
Namn		Fødselsdato:	
Skader:			
Behandling			
KI			
KI			
KI			
KI			
KI			
KI			
Sendast til			

Fig. 4 – Skadelapp – HSBO sin modell

Hovudkomiteen for sjukehusberedskap i Oslo-området, HSBO, har utarbeidd ein slik skadelapp, jfr. fig 4. Den er i halvstiv kartong og 115 X 160 mm. Ved hjelp av metallklips kan skadelappen direkte eller i gjennomsiktig plastkonvolutt festast til klærne til pasienten på ein lett synleg stad.

Skadelappane har rubrikkar berre for naudsynte og relevante opplysningar som vert påført med stor, tydeleg og vassfast skrift. Teksten vert innskrenka til eit minimum av nøkkelord og aksepterte, lett forstålege forkortingar. Ei enkel og primitiv skisse kan sei meir enn mange setningar. Det er meningslaust å skriva noko mottakaren ikkje kan lesa. I mottakande avdeling vert dei skadde utstyrte med skadelapp som vert påført vedkomande sitt skadenummer og identitet. Prioritering vert gjort ved å ringa inn den aktuelle gruppa: HASTAR - KAN VENDE – MÅ VENDE. Ved seinare omprioritering stryk ein ut den opphavlege, og ny prioritet vert innringa.

Ved behandlande avdeling fører ein på dei opplysningane vedrørande skadene som må sjåast som naudsynte for mottakande sjukehus. Dette gjeld særleg opplysningar

om tilstanden til pasienten, medvitsløyse, sjokk, og liknande som kan endre seg. På ei lita personskisse – spikermann – kan skadene lokaliserast og type påførast.

Under behandling fører ein nøyaktig:

Medisinering: Kva slags
Kor mykje
Korleis – i.v., i.m., etc.
Når

Infusjon: Kva slags
Kor mykje
Når starta og eventuelt avslutta
Anna behandling, intubering, drenering,
(Bandasjering syner på pasienten og vert ikkje ført på skadelappen)

Skadelappen vert nytta av lege til å forordne medikament og infusjon. Vedkomande som effektuerer behandlinga kvitterer ved å føra på klokkeslettet.

Avleverande avdeling fører vanlegvis på kva for eit sjukehus og kva for ein avdeling som instruks til ambulansane. Der det er ønskjeleg med spesialisert behandling – hovudskader, thoraxskader, augeskader etc. fører lege ved mottakande avdeling eller behandlande avdeling på adressaten. Skadelappen må kontinuerast under transporten. Ved mangel p skadelapp kan ein sjølvst nytta vanlege merkelappar. Opplysningar om medisinering kan også skrivast direkte på pasienten sin hud, i panna eller på brystet.

C. Evakueringslogg

I denne registrerer en samtlege som vert evakuerte med skadenummer, identitet og adressat – sjukehus, hotell, og liknande. Evakueringsloggen kan være ein vanleg linjert protokoll, t.d. A-5.

Publikum og massemedia

På ein skadestad vil det gjerne i løpet av kort tid stimla saman ein mengd tilskodarar. Ved fleire høve har eit tilfeldig publikum gjort ein glimrande innsats under redningsaksjonar. I utkantstrøk kan assistanse frå publikum være heilt naudsynt. I meir urbane område ser ein meir på amatørinnblanding som ikkje ynskjeleg. Vanskane ved å nytta publikumsinnsats er ein organisasjons- og leiingsutfordring.

Journalistar og pressefotografar, radio- og fjernsynsteam vil sjølvst freista å gjera sin jobb så godt som mulig. Dersom deira verksemd på skadestaden skjer heilt ukontrollert vil den kunna laga store vanskar for redningsarbeidet. FO har ansvaret for ei effektiv sperreteneste. Ansvaret for informasjon og PR – presseteneste – ligg hos SKL.

Representantane for massemedia utfører ei heilt legitim oppgåve og må sjølvst ikkje berre avisast. Deira trong for informasjon og kommunikasjon må ein freiste å ivareta. Reportasjeverksemd må likevel styrast og organiserast slik at den ikkje kjem i konflikt med redningsaksjonen si primære oppgåve.

Nøkterne og korrekte pressemeldingar om utviklinga av situasjonen må utarbeidast raskt og hyppig. Villige skadde og augnevitne må intervjast. På god avstand må redningsarbeidet kunna følgjast. Trong for biletstoff må tilfredsstillast, men på ein slik måte at reglar for teieplikt og alminneleg folkeskikk ikkje vert brotne. Ålmenta må skjermast frå å få dei første opplysningar om pårørande sin lagnad gjennom massemedia. Det må ikkje førekomma identifiserbare bilete av døyande og såra frå ein skadestad. Alle mediarepresentantar må stillast likt.